Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

La santé des enfants des Premières nations vivant hors réserve et des enfants métis de moins de 6 ans

par Leanne Findlay et Teresa Janz

Février 2012

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

La santé des enfants des Premières nations vivant hors réserve et des enfants métis de moins de 6 ans

par Leanne Findlay et Teresa Janz

Résumé

Contexte

Il a été démontré que les enfants autochtones sont en moins bonne santé que leurs homologues non autochtones. Les différences dans l'état de santé peuvent être associées aux conditions familiales et sociales, au mode de vie ou comportement et aux facteurs culturels.

Données et méthodes

La présente étude porte sur l'état de santé déclaré par le parent ou tuteur des enfants des Premières nations vivant hors réserve et des enfants métis de moins de six ans. Elle ne porte pas sur les 43 % d'enfants des Premières nations qui vivaient dans les réserves en 2006. Les données de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006 ont servi à examiner les mesures de la santé des enfants et à évaluer les liens éventuels avec les déterminants sociaux de la santé.

Résultats

La plupart des enfants des Premières nations vivant hors réserve et des enfants métis ont été déclarés être en excellente ou en très bonne santé. Les problèmes de santé chroniques les plus courants déclarés par les parents ou tuteurs étaient l'asthme, les difficultés de la parole ou du langage, les allergies et l'intolérance au lactose. Plusieurs déterminants sociaux étaient associés à la santé de l'enfant, y compris le niveau de scolarité des parents, le revenu du ménage, l'allaitement et les perceptions à l'égard du logement et des établissements de santé dans la collectivité.

Interprétation

Les résultats donnent à penser que les facteurs sociaux peuvent être associés à l'évaluation par le parent ou tuteur de la santé des enfants des Premières nations vivant hors réserve et des enfants métis de moins de six ans.

Mots-clés

Autochtone, santé des enfants, maladie chronique, autochtone, limitation d'activités, environnement social, situation socioéconomique.

Auteures

Leanne Findlay (1-613-951-4648, leanne.findlay@statcan.gc.ca) travaille à la Division de l'analyse de la santé et Teresa Janz (1-613-951-4645, teresa.janz@statcan.gc.ca), à la Division de la statistique de la santé, à Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6.

Les recherches ont montré que les enfants autochtones ont une moins bonne santé que les enfants non autochtones[1-3]. Par exemple, un rapport récent[4] a révélé d'importantes différences en matière de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones, y compris des taux plus élevés de blessure, de décès accidentel et de syndrome de mort subite du nourrisson. Les risques d'otite moyenne (infection chronique de l'oreille), d'infections respiratoires[5], d'obésité[6], de problèmes dentaires[7] et d'hospitalisation liée à l'asthme[8] sont plus élevés dans le cas des enfants autochtones.

D'aucuns ont suggéré que les différences en matière de santé entre les populations autochtones et non autochtones sont associées à des déterminants sociaux plutôt que biologiques[9], dont bon nombre méritent de faire l'objet d'une étude plus poussée, tout particulièrement dans le cas des enfants[4,10]. On a constaté un lien entre la santé des enfants autochtones et les conditions familiales et sociales comme le revenu du ménage[8], le niveau de scolarité des parents[11], la structure de la famille[12], l'usage du tabac à la maison[12-14] et la sécurité alimentaire[15]. Il y aurait également un lien entre la santé des enfants et les caractéristiques des collectivités, y compris le logement[16,17], et le quartier[18].

L'engagement et l'identité culturels ont été reconnus comme jouant un rôle dans la santé et le bien-être des Autochtones[19], bien que peu de renseignements soient disponibles sur les enfants. Selon King et coll.[9], les enseignements traditionnels sont liés à la santé globale et à l'image de soi, des liens à la culture et à l'identité étant associés avec une bonne santé.

Les auteurs d'études antérieures ainsi que d'autres groupes et dirigeants autochtones ont recommandé d'étudier séparément les Premières nations, les Métis et les Inuits plutôt que tous les peuples autochtones pris ensemble[10]. Même les comparaisons entre groupes peuvent être déconseillées, puisqu'ils diffèrent quant à leurs antécédents

culturels, leur accès aux soins de santé et leur région de résidence.

Dans la présente étude, nous examinons les données déclarées par les parents ou tuteurs au sujet de l'état de santé général, des problèmes de santé chroniques et des limitations physiques des enfants des Premières nations vivant hors réserve et des enfants métis de moins de 6 ans. Les données sont tirées de l'Enquête sur les enfants autochtones (EEA) de 2006. Il a été démontré que l'état de santé général déclaré par le parent ou tuteur est une bonne mesure de l'état de santé global de l'enfant[3-20], va dans le sens des recherches antérieures (p. ex., l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations) et est couramment utilisé comme outil de surveillance de la santé[21].

Méthodes

Source des données

L'EEA de 2006 a été élaborée par Statistique Canada et des conseillers autochtones de partout au pays. Elle a été menée de concert avec Ressources humaines et Développement des compétences Canada. L'enquête a été conçue pour fournir des données sur le développement de la petite enfance et les conditions sociales et de vie des enfants.

La population cible de l'EEA comprenait les enfants des Premières nations vivant hors réserve, les enfants métis et les enfants inuits dans les dix provinces ainsi que tous les enfants autochtones dans les trois territoires. Les enfants ont été identifiés dans l'EEA comme étant « Indien de l'Amérique du Nord »; toutefois, l'expression « Premières nations » est utilisée tout au long du présent article.

L'échantillon d'enfants de moins de six ans a été sélectionné auprès des ménages avec enfants identifiés dans le Recensement de 2006 comme ayant des antécédents autochtones; et (ou) identifiés comme étant Indien de l'Amérique du Nord et (ou) Métis et (ou) Inuit; et (ou) ayant un statut d'Indien des traités ou d'Indien inscrit; et (ou) appartenant à une bande indienne. Les enfants vivant dans des réserves des Premières nations n'étaient pas inclus dans l'échantillon de l'enquête; ainsi, les résultats ne s'appliquent pas à la population des réserves, laquelle représentait environ 43 % de la population des Premières nations en 2006[22].

Le taux de réponse global à l'EEA était de 81,1 % (n = 12 845 enfants, représentant une population d'environ 135 000 enfants autochtones de moins de six ans). De plus amples renseignements sur l'EEA sont fournis ailleurs[23]. La présente étude porte uniquement sur les enfants dont les parents ont déclaré que leurs enfants avaient une ou plusieurs identités autochtones, soit Premières nations (n = 5 167) ou Métis (n = 3 793). Moins de 2 % de la population a déclaré appartenir à plus d'un groupe autochtone. Par conséquent, seulement un petit pourcentage de la population a été compté deux fois.

Mesures

Caractéristiques sociodémographiques

Le parent ou tuteur qui a répondu au questionnaire de l'EEA était la mère biologique ou le père biologique dans le cas de 90 % des enfants des Premières nations habitant hors réserve et de 94 % des enfants métis. Le parent ou tuteur a fourni des renseignements sur le sexe et l'âge de l'enfant au moment de l'entrevue, le plus haut niveau de scolarité du parent ou tuteur, le nombre de personnes dans le ménage, le revenu total du ménage, le nombre de fois que l'enfant a déménagé et la province ou la région (tableau 1). Le parent ou tuteur a également déclaré le nombre de personnes contribuant à élever l'enfant (par exemple, le père, les grands-parents, d'autres membres de la famille), qui a été catégorisé comme étant « une », « deux » ou « trois personnes ou plus ». On s'attendait à ce que le nombre de personnes élevant l'enfant convienne mieux à l'examen de la structure de la famille dans le cas des enfants autochtones que la dichotomie un parent/deux parents[24].

Étant donné les petites tailles d'échantillon, les provinces de l'Atlantique (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Île-du-Prince-Édouard) ont été regroupées, de même que les territoires (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut).

Des renseignements ont été recueillis sur la question de savoir si l'enfant avait été allaité et, dans l'affirmative, le nombre de mois d'allaitement.

La sécurité alimentaire du ménage a été mesurée au moyen de la question suivante : « À quelle fréquence l'enfant a-t-il eu faim parce que la famille était à court de nourriture ou n'avait plus d'argent pour en acheter? » Les réponses possibles étaient : *plus souvent qu'à la fin de chaque mois, régulièrement à la fin du mois, certains mois, occasionnellement* et *jamais*. Aux fins de la présente étude, les ménages en situation d'insécurité alimentaire ont été définis comme étant ceux où l'enfant a eu faim à cause d'un manque de nourriture au moins occasionnellement; le reste des ménages ont été définis comme étant en situation de sécurité alimentaire.

Les renseignements sur l'usage du tabac ont été recueillis au moyen de la question suivante : « En comptant les membres du ménage et les visiteurs habituels, est-ce que quelqu'un fume dans votre maison tous les jours ou presque? » (*oui, non*).

Le niveau d'activité de l'enfant a été estimé à l'aide d'une question sur la fréquence de l'activité physique (*au moins une fois par jour, moins d'une fois par jour* ou *jamais*). Le nombre quotidien total d'heures passées devant un écran (à regarder la télévision, à jouer à des jeux vidéo ou à utiliser l'ordinateur) a également été déclaré.

Le parent ou tuteur a répondu à des questions sur la satisfaction par rapport à son logement (*très satisfait* ou *satisfait* par rapport à *insatisfait* ou *très insatisfait*) et le quartier en tant qu'endroit i) ayant des établissements de santé et ii) offrant des activités culturelles (*excellent, très bien, bien* par rapport à *passable, mauvais*).

Indicateurs de la santé

En tant que marqueur global de la santé, le parent ou tuteur a déclaré la

Tableau 1
Certaines caractéristiques des enfants des Premières nations vivant hors réserve et des enfants métis de moins de 6 ans, population à domicile, Canada, 2006

	Premières nations vivant hors réserve (%) (n=5 167)	Métis (%) (n=3 793)
Sexe		
Garçons	50,7	51,8
Filles	49,3	48,2
Âge moyen en mois (erreur type)	**39,5** (0,24)	**39,7** (0,29)
Niveau de scolarité du parent ou tuteur		
Pas de diplôme d'études secondaires	31,1	21,1
Diplôme d'études secondaires ou plus	68,9	78,9
Nombre de personnes contribuant à élever l'enfant		
1	10,1	8,9
2	34,7	39,0
3 ou plus	55,2	52,1
Province/territoire		
Provinces de l'Atlantique	5,2	4,3
Québec	6,2	6,6
Ontario	26,3	17,6
Manitoba	13,3	19,5
Saskatchewan	12,7	14,0
Alberta	15,3	23,7
Colombie-Britannique	17,5	12,8
Yukon/Territoires du Nord-Ouest/Nunavut	3,6	1,6
Nombre moyen de personnes dans le ménage (erreur type)	**4,3** (0,02)	**4,2** (0,02)
Enfant allaité		
Oui	72,3	74,6
Non	27,7	25,4
Nombre moyen de mois d'allaitement (erreur type)	**7,9** (0,14)	**7,3** (0,15)
Ménage en situation de sécurité alimentaire		
Oui	94,9	97,4
Non	5,1	2,6
Usage du tabac		
Fumeur régulier à la maison	18,8	19,7
Pas de fumeur régulier à la maison	81,2	80,4
Fréquence de l'activité physique		
Au moins une fois par jour	96,8	96,8
Moins d'une fois par jour	2,2	2,1
Jamais	1,1	1,2[E]
Nombre quotidien moyen d'heures passées devant un écran (erreur type)	**2,6** (0,03)	**2,4** (0,03)
Logement		
Très satisfait/satisfait	84,0	90,1
Insatisfait/très insatisfait	16,0	10,0
Établissements de santé locaux		
Excellents/très bons/bons	79,0	79,8
Passables/mauvais	21,0	20,2
Activités culturelles locales		
Excellentes/très bonnes/bonnes	43,4	41,3
Passables/mauvaises	56,6	58,7

[E] à utiliser avec prudence
Source : Enquête sur les enfants autochtones, 2006

santé générale de l'enfant comme étant *excellente* ou *très bonne* par rapport à *bonne*, *passable* ou *mauvaise*. D'autres résultats en matière de santé étaient les limitations des activités physiques de l'enfant en raison d'un problème de santé (*oui*, *non*), le nombre d'infections de l'oreille que l'enfant avait eues au cours de l'année précédente et si l'enfant avait des problèmes dentaires (*oui*, *non*). Seuls les enfants de trois ans ou plus ont été visés par l'analyse des questions dentaires, puisque la recommandation actuelle est que les enfants subissent régulièrement des examens buccodentaires lorsqu'ils atteignent deux ou trois ans. Le parent ou tuteur a déclaré la présence de problèmes de santé chroniques, y compris l'asthme, les allergies, la déficience visuelle ou auditive, les maladies du cœur, le diabète et le syndrome d'alcoolisation fœtale (une liste des problèmes de santé chroniques incluse dans l'EEA figure à l'annexe A). Si un problème de santé chronique était déclaré, on demandait au parent ou tuteur s'il avait été diagnostiqué par un professionnel de la santé (*oui*, *non*). Si le problème avait été diagnostiqué par un professionnel, on demandait au parent ou tuteur si l'enfant avait reçu des traitements (*oui*, *non*).

On a examiné la prévalence des problèmes de santé chroniques pour déterminer lesquels étaient les plus fréquents. Les problèmes ayant un taux de prévalence de 5 % ou plus ont été retenus; les autres problèmes de santé ont été regroupés dans une catégorie « Autres ». Des renseignements sur la prévalence des problèmes de santé classés dans la catégorie « Autres » figurent à l'annexe A.

Analyses statistiques

Des statistiques bivariées ont servi à décrire les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon et les indicateurs de la santé des enfants. Pour certains marqueurs de la santé, les données sur les enfants non autochtones ont été tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 2006. Toutefois, aucune comparaison statistique n'a été faite entre les enfants

autochtones et non autochtones en raison de différences dans l'échantillon et(ou) dans les questions posées dans les deux enquêtes.

Pour chaque groupe autochtone, on a utilisé des comparaisons chi carré et des tests t pour déterminer les caractéristiques sociodémographiques et liées au mode de vie significativement associées à une excellente ou très bonne évaluation de la santé par le parent ou tuteur par rapport à bonne, passable ou mauvaise. La santé autoévaluée a été dichotomisée de cette façon dans des recherches antérieures[25], plus particulièrement dans le cas des enfants autochtones[3], et a été jugée appropriée étant donné le jeune âge des membres de cet échantillon, dont on s'attendrait à ce que la majorité soit en excellente ou en très bonne santé.

On a procédé à des analyses de régression logistique prédisant une excellente ou très bonne évaluation de la santé de l'enfant par le parent ou tuteur, à partir des divers déterminants sociaux. Ces analyses visaient à déterminer quelles associations entre la santé des enfants et les déterminants sociaux demeurent significatives lorsqu'on tient compte des autres déterminants. Seules les variables significativement associées à la variable de résultat au niveau univarié (à l'intérieur des groupes autochtones) ont été incluses dans les modèles de régression logistique. Des modèles distincts ont été ajustés pour les enfants des Premières nations vivant hors réserve et les enfants métis.

L'activité physique a été exclue des analyses du chi carré et de régression en raison de la très faible variation; en effet, presque tous les enfants exerçaient une activité physique tous les jours.

Les poids de sondage de l'enquête ont été utilisés afin que toutes les analyses soient représentatives des populations métisse et des Premières nations vivant hors réserve au Canada. Afin de tenir compte du plan de sondage complexe, on a appliqué une technique *bootstrap* pour l'estimation de la variance[26] ainsi que le facteur multiplicatif approprié (le « facteur d'ajustement de Fay »)[23].

Résultats

Enfants des Premières nations vivant hors réserve

Indicateurs de la santé

Selon leur parent ou tuteur, 85 % des enfants des Premières nations de moins de six ans vivant hors réserve étaient en excellente ou très bonne santé (tableau 2), comparativement à 90 % de l'ensemble des enfants canadiens. Peu d'enfants des Premières nations vivant hors réserve (5 %) présentaient des limitations d'activités en raison d'un problème de santé. Environ la moitié (51 %) des enfants des Premières nations vivant hors réserve avaient déjà eu une infection de l'oreille et il s'agissait en moyenne d'une infection au cours de l'année précédente. Dans le cas des enfants de 0 à 3 ans, 46 % (données non présentées) des enfants des Premières nations vivant hors réserve avaient eu une infection de

Tableau 2
État de santé des enfants, selon l'identité autochtone, population à domicile de moins de 6 ans, Canada, 2006

	Premières nations vivant hors réserve (%)	Métis (%)	Ensemble des enfants canadiens (%)†
Santé générale			
Excellente	59,6	63,0	64,6
Très bonne	25,1	24,5	25,8
Bonne	11,9	9,7	8,5
Passable	2,6	2,5	1,0
Mauvaise	0,7E	0,3E	0,2E
Activité physique limitée par un problème de santé			
Oui	4,6	3,9	..
Non	95,4	96,1	..
A déjà eu une infection de l'oreille			
Oui	50,5	51,4	40,1‡
Non	49,5	48,6	59,9‡
Nombre moyen d'infections de l'oreille au cours de l'année précédente (erreur type)	1,3 (0,04)	1,2 (0,04)	..
Problèmes dentaires			
Oui	29,9	22,4	..
Non	70,1	77,6	..
Problèmes de santé chroniques			
Asthme	10,4	9,7	..
De ceux ayant déclaré le problème, % ayant reçu un diagnostic	94,6	95,9	7,8§
De ceux ayant reçu un diagnostic, % ayant reçu un traitement	96,2	96,6	..
Difficultés de la parole / du langage	10,2	9,3	..
De ceux ayant déclaré le problème, % ayant reçu un diagnostic	75,8	74,7	..
De ceux ayant reçu un diagnostic, % ayant reçu un traitement	82,2	81,2	..
Allergies	9,1	10,4	..
De ceux ayant déclaré le problème, % ayant reçu un diagnostic	78,1	81,3	9,3§
De ceux ayant reçu un diagnostic, % ayant reçu un traitement	65,9	62,1	..
Intolérance au lactose	7,4	5,6	..
De ceux ayant déclaré le problème, % ayant reçu un diagnostic	69,9	71,8	..
De ceux ayant reçu un diagnostic, % ayant reçu un traitement	57,0	52,5	..
Autres problèmes de santé	16,2	14,7	..
De ceux ayant déclaré le problème, % ayant reçu un diagnostic	86,8	87,4	..
De ceux ayant reçu un diagnostic, % ayant reçu un traitement	83,3	84,4	..

† fondé sur l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 2006
‡ de 0 à 3 ans
§ diagnostiqué par un professionnel de la santé seulement
.. non disponible pour une période de référence précise
E à utiliser avec prudence

Sources : Enquête sur les enfants autochtones, 2006, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 2006

l'oreille, comparativement à 40 % de l'ensemble des enfants canadiens dans cette fourchette d'âge.

Près du tiers (30 %) des enfants des Premières nations de 3 ans ou plus vivant hors réserve avaient eu des problèmes dentaires.

Les problèmes de santé chroniques les plus courants chez les enfants des Premières nations vivant hors réserve étaient l'asthme (10 %), les difficultés de la parole ou du langage (10 %), les allergies (9 %) et l'intolérance au lactose (7 %). Un enfant sur six (15 %) souffrait d'un autre problème de santé chronique. Toutefois, le problème de santé chronique déclaré n'avait pas été diagnostiqué par un professionnel de la santé dans le cas de tous les enfants. Par exemple, 70 % des enfants ayant une intolérance au lactose, 76 % de ceux ayant des difficultés de la parole ou du langage, 78 % de ceux souffrant d'allergies et 95 % de ceux faisant de l'asthme avaient reçu un diagnostic professionnel. Parmi les enfants ayant reçu un diagnostic, la prévalence du traitement variait, allant de 57 % pour l'intolérance au lactose à 96 % pour l'asthme.

Déterminants sociaux de la santé

Les caractéristiques des enfants des Premières nations vivant hors réserve qui étaient en excellente ou en très bonne santé différaient de celles des enfants des Premières nations vivant hors réserve dont la santé était bonne, passable ou mauvaise (tableau 3). Les filles étaient significativement plus susceptibles que les garçons d'être déclarées en excellente ou en très bonne santé. La probabilité d'être en excellente ou très bonne santé était significativement plus élevée chez les garçons dont le parent ou tuteur était titulaire d'un diplôme d'études secondaires et chez les enfants élevés par au moins deux personnes.

Des différences géographiques s'observaient également, les enfants des Premières nations vivant hors réserve dans les provinces de l'Atlantique et en Ontario étant significativement plus susceptibles d'être en excellente ou très bonne santé que ceux dans les provinces de l'Ouest et dans les Territoires. En outre, les enfants en Saskatchewan étaient moins susceptibles d'être en excellente ou en très bonne santé que les enfants au Québec, en Alberta ou en Colombie-Britannique. Les enfants en excellente ou en très bonne santé avaient tendance à vivre dans des ménages plus petits au revenu moyen relativement élevé et avaient déménagé moins de fois ($t = 4,98$, $p < ,001$) (données non présentées parce que le nombre moyen de déménagements selon l'année d'âge n'est pas interprétable).

Les enfants des Premières nations vivant hors réserve qui avaient été allaités étaient plus susceptibles d'être en excellente ou en très bonne santé que ceux qui n'avaient pas été allaités. La prévalence d'une excellente ou très bonne santé était également plus élevée chez les enfants vivant dans les ménages en situation de sécurité alimentaire et dans ceux où l'usage du tabac n'était pas chose courante. Le temps total passé chaque jour devant un écran n'était pas différent dans le cas des enfants ayant une excellente ou très bonne santé par rapport à bonne, passable ou mauvaise.

La satisfaction du parent ou tuteur par rapport au logement et les perceptions positives à l'égard des établissements de santé locaux étaient associées à des pourcentages plus élevés d'enfants déclarés être en excellente ou en très bonne santé.

Bien entendu, bon nombre des caractéristiques associées à l'excellente ou la très bonne santé des enfants sont elles-mêmes interreliées. Par exemple, il n'est pas déraisonnable de s'attendre à constater une association entre le niveau de scolarité du parent ou tuteur, le revenu du ménage et la sécurité alimentaire.

Lorsque les effets éventuels de ces facteurs ont été pris en compte simultanément dans un modèle de régression logistique, plusieurs sont demeurés indépendamment et significativement liés à la santé des enfants des Premières nations vivant hors réserve (tableau 4). La cote exprimant la possibilité d'être déclaré en excellente ou en très bonne santé était plus faible si l'enfant était de sexe masculin et s'il était élevé par une seule personne (comparativement à deux personnes). La cote exprimant la possibilité d'une santé excellente ou très bonne était progressivement plus faible à mesure que la taille du ménage et le nombre de déménagements augmentaient.

La cote exprimant la possibilité d'être en excellente ou en très bonne santé était significativement plus élevée dans le cas des enfants dont le parent ou tuteur possédait au moins un diplôme d'études secondaires (comparativement à un plus faible niveau de scolarité), qui vivaient dans les ménages ayant un revenu élevé, et qui avaient été allaités. La cote exprimant la possibilité d'être en excellente ou en très bonne santé était également plus élevée pour les enfants dont le parent ou tuteur était très satisfait ou satisfait de son logement (par rapport à insatisfait ou très insatisfait) et percevait les établissements de santé communautaires comme étant excellents ou très bons (par rapport à passables ou mauvais).

Enfants métis

Indicateurs de la santé

Environ 87 % des enfants métis ont été déclarés par leur parent ou tuteur être en excellente ou en très bonne santé (tableau 2); dans le cas de 4 % des enfants, l'activité physique était limitée par un problème de santé. Un peu plus de la moitié (51 %) des enfants métis avaient eu au moins une infection de l'oreille au cours de leur vie (45 % de ceux de 3 ans ou moins). Ceux qui avaient déjà eu une infection de l'oreille avaient eu en moyenne au moins une infection au cours de l'année précédente. Plus du cinquième (22 %) des enfants métis de 3 à 5 ans avaient eu des problèmes dentaires au cours de l'année précédente.

Les problèmes de santé chroniques les plus courants chez les enfants métis étaient l'asthme (10 %), les allergies (10 %), les difficultés de la parole ou du langage (9 %) et l'intolérance au lactose (6 %). Un enfant sur six (15 %) souffrait d'un autre problème de santé chronique. Parmi les enfants ayant un problème de

Tableau 3
Déterminants sociaux de l'évaluation par le parent ou tuteur de l'état de santé des enfants des Premières nations vivant hors réserve et des enfants métis, population à domicile de moins de 6 ans, Canada, 2006

	Évaluation de l'état de santé par le parent/tuteur							
	Premières nations vivant hors réserve				Métis			
	Excellent/ très bon (%)	Bon/ passable/ mauvais (%)	Chi carré / test t	Valeur p	Excellent/ très bon (%)	Bon/ passable/ mauvais (%)	Chi carré / test t	Valeur p
Sexe								
Garçons	83,6	16,4	4,99	< 05	85,7	14,3	7,54	< 01
Filles	86,0	14,0			88,9	11,1		
Groupe d'âge								
0 à 23 mois	84,7	15,3	0,47	ns	89,9‡	10,1	5,46	< 01
2 à 3 ans	84,3	15,7			87,3	12,7		
4 à 5 ans	85,4	14,6			85,5	14,5		
Niveau de scolarité du parent/tuteur								
Pas de diplôme d'études secondaires	80,1	19,9	29,47	< 0001	81,6	18,4	22,34	< 0001
Diplôme d'études secondaires ou plus	87,0	13,0			88,9	11,1		
Nombre de personnes contribuant à élever l'enfant								
1	75,9‡	24,1	11,13	< 0001	77,4‡	22,6	9,87	< 0001
2	86,9	13,1			89,0	11,0		
3 ou plus	85,2	14,8			87,5	12,5		
Province/territoire								
Provinces de l'Atlantique	89,2§	10,8§	6,54	< 0001	90,3	9,7§	3,77	< 001
Québec	86,9	13,1§			88,6	11,4§		
Ontario	89,3§	10,7			87,8	12,2		
Manitoba	81,9	18,1			87,8	12,3		
Saskatchewan	79,0††	21,0			80,0‡‡	20,0		
Alberta	83,8	16,2			89,9	10,1		
Colombie-Britannique	83,9	16,1			86,9	13,1		
Yukon/Territoires du Nord-Ouest/Nunavut	81,5	18,5			87,8	12,2§		
Nombre moyen de personnes dans le ménage (erreur type)	**4,3** (0,02)	**4,7** (0,07)	-5,69	< 0001	**4,1** (0,02)	**4,2** (0,07)	-1,07	ns
Revenu moyen du ménage (erreur type)	**50 700** (711,0)	**42 200** (1 146,6)	6,31	< 0001	**61 600** (834,2)	**44 500** (1 592,3)	9,70	< 0001
Enfant allaité								
Oui	86,6	13,4	21,62	< 0001	88,9	11,1	16,67	< 0001
Non	80,7	19,3			82,8	17,2		
Ménage en situation de sécurité alimentaire								
Oui	85,4	14,7	9,84	< 01	87,5	12,5	3,93	< 05
Non	76,3	23,7			79,0	21,0§		
Usage du tabac								
Pas de fumeur régulier à la maison	85,7	14,3	7,16	< 01	88,5	11,5	11,76	< 0001
Fumeur régulier à la maison	81,6	18,4			82,7	17,4		
Nombre quotidien moyen d'heures passées devant un écran (erreur type)	**2,6** (0,03)	**2,6** (0,03)	-0,80	ns	**2,4** (0,03)	**2,6** (0,09)	-1,87	ns
Logement								
Très satisfait/satisfait	86,2	13,8	24,47	< 0001	88,2	11,8	14,48	< 0001
Insatisfait/très insatisfait	77,7	22,3			79,4	20,6		
Établissements de santé communautaires								
Excellents/très bons/bons	85,9	14,1	8,46	< 01	89,0	11,0	21,61	< 0001
Passables/mauvais	81,9	18,1			81,4	18,6		
Activités culturelles communautaires								
Excellentes/très bonnes/bonnes	85,1	14,9	0,00	ns	86,6	13,4	0,27	ns
Passables/mauvaises	85,0	15,0			87,3	12,7		

† différence significative par rapport aux enfants plus âgés ($p < 0,05$)
‡ différence significative par rapport à 2 et à 3 ou plus ($p < 0,05$)
§ différence significative par rapport au Manitoba, à la Saskatchewan, à l'Alberta, à la Colombie-Britannique et au Yukon/Territoires du Nord-Ouest/Nunavut ($p < 0,05$)
†† différence significative par rapport au Québec, à l'Alberta et à la Colombie-Britannique ($p < 0,05$)
‡‡ différence significative par rapport aux autres provinces/territoires ($p < 0,05$)
E à utiliser avec prudence
ns = non significatif
Sources : Enquête sur les enfants autochtones, 2006; Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 2006.

santé chronique, le pourcentage ayant reçu un diagnostic par un professionnel de la santé allait de 72 % (intolérance au lactose) à 96 % (asthme). Chez les enfants ayant reçu un diagnostic, 53 % de ceux ayant une intolérance au lactose, 62 % de ceux souffrant d'allergies, 81 % de ceux ayant des difficultés de la parole ou du langage et 97 % de ceux faisant de l'asthme avaient reçu un traitement.

Déterminants sociaux de la santé

Les filles et les jeunes enfants métis étaient plus susceptibles que les garçons et les enfants plus âgés d'être déclarés en excellente ou en très bonne santé (tableau 3). Le niveau de scolarité plus élevé (diplôme d'études secondaires ou niveau plus élevé de scolarité) du parent ou tuteur et le fait d'être élevé par deux personnes ou plus (comparativement à une seule personne) étaient également associés à une meilleure santé. Les enfants métis en Saskatchewan étaient moins susceptibles d'être déclarés en excellente ou en très bonne santé que ceux vivant ailleurs. Le fait de vivre dans un ménage à revenu élevé, d'avoir déménagé relativement peu souvent ($t = -4,93$, $p < ,001$), et d'avoir été allaité étaient liés à une santé excellente ou très bonne (tableau 3).

En outre, les enfants vivant dans les ménages qui étaient en situation de sécurité alimentaire et où l'usage du tabac à la maison n'était pas chose courante étaient plus susceptibles d'être en excellente ou en très bonne santé. La santé des enfants, excellente ou très bonne par rapport à bonne, passable ou mauvaise, n'était pas liée au nombre quotidien d'heures passées devant un écran. Toutefois, les perceptions positives du parent ou tuteur à l'égard du logement et des établissements de santé communautaires étaient associées à des pourcentages plus élevés d'enfants en excellente ou très bonne santé.

Lorsque les déterminants sociaux de la santé ont été pris en compte simultanément (tableau 4), plusieurs d'entre eux sont demeurés liés de façon significative à la cote exprimant la possibilité que les enfants métis soient déclarés en excellente ou en très bonne santé. La cote exprimant la possibilité d'être en excellente ou très bonne santé était significativement plus faible pour les garçons et les enfants élevés par une seule personne (plutôt que par deux personnes). La cote exprimant la possibilité d'être en excellente ou en très bonne santé diminuait à mesure que le nombre de déménagements augmentait. La cote exprimant la possibilité d'être en excellente ou en très bonne santé était plus élevée dans le cas des enfants vivant dans des ménages à revenu élevé, qui avaient été allaités, et dont le parent ou tuteur était très satisfait ou satisfait de son logement et percevait son quartier comme ayant des établissements de santé excellents, très bons ou bons, par rapport aux enfants qui ne partageaient pas ces caractéristiques.

Tableau 4
Rapports de cotes corrigés reliant les déterminants sociaux à une évaluation « excellente » ou « très bonne » de la santé par le parent ou tuteur, selon l'identité autochtone, population à domicile de moins de 6 ans, Canada, 2006

	Premières nations vivant hors réserve (n=4 772)			Métis (n=3 606)		
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Sexe						
Garçons	0.8*	0.7	1.0	0.8*	0.6	1.0
Filles[†]	1.0	...	...	1.0	...	...
Âge en mois	[‡]	...	...	1.0	1.0	1.0
Niveau de scolarité du parent/tuteur						
Pas de diplôme d'études secondaires[†]	1.0	...	...	1.0	...	...
Diplôme d'études secondaires ou plus	1.2*	1.0	1.5	1.1	0.8	1.4
Nombre de personnes contribuant à élever l'enfant						
1	0.6*	0.4	0.8	0.6*	0.4	0.8
2[†]	1.0	...	...	1.0	...	...
3 ou plus	0.9	0.7	1.1	0.8	0.6	1.0
Taille du ménage[‡]	0.9*	0.8	0.9	[‡]	...	...
Revenu du ménage[‡]	1.1*	1.0	1.1	1.2*	1.1	1.3
Nombre de fois où l'enfant a déménagé (par année d'âge)[‡]	0.9*	0.9	1.0	0.9*	0.9	1.0
Enfant allaité						
Oui	1.5*	1.2	1.8	1.4*	1.1	1.8
Non[†]	1.0	...	...	1.0	...	...
Ménage en situation de sécurité alimentaire						
Oui[†]	1.0	...	...	1.0	...	...
Non	0.7	0.5	1.1	0.8	0.4	1.3
Usage du tabac						
Fumeur régulier à la maison	1.0	0.8	1.2	0.8	0.7	1.1
Pas de fumeur régulier à la maison[†]	1.0	...	...	1.0	...	...
Logement						
Très satisfait/satisfait	1.4*	1.2	1.8	1.5*	1.1	2.0
Insatisfait/très insatisfait[†]	1.0	...	...	1.0	...	...
Établissements de santé communautaires						
Excellents/très bons/bons	1.3*	1.1	1.6	1.6*	1.3	2.1
Passables/mauvais[†]	1.0	...	...	1.0	...	...

[†] catégorie de référence
[‡] variable continue
[§] Étant donné les résultats univariés non significatifs, le prédicteur n'est pas inclus dans le modèle
* valeur significativement différente de la catégorie de référence ($p < 0.05$)
... n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête sur les enfants autochtones, 2006.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Les recherches ont révélé des inégalités en matière de santé entre les enfants autochtones et non autochtones.
- Il a été suggéré que ces différences sont attribuables à des déterminants sociaux plutôt que biologiques.
- Bon nombre de travaux de recherche antérieurs portent sur l'ensemble des peuples autochtones, même s'il a été recommandé que les études soient axées sur des groupes autochtones particuliers.

Ce qu'apporte l'étude

- La présente étude s'appuie sur les données déclarées par le parent ou tuteur pour examiner la santé des enfants de moins de six ans identifiés comme Métis ou membres des Premières nations vivant hors réserve.
- Plus de 85 % des enfants dans chaque groupe ont été déclarés en excellente ou en très bonne santé.
- Les problèmes de santé chroniques les plus courants déclarés par les parents ou tuteurs étaient l'asthme, les difficultés de la parole et du langage, les allergies et l'intolérance au lactose.
- Plusieurs déterminants sociaux de la santé comportaient un lien avec la santé de l'enfant, y compris le niveau de scolarité des parents, le revenu du ménage, l'allaitement, la perception à l'égard du logement et des établissements de santé communautaires.

Discussion

D'après l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006, la majorité des enfants des Premières nations vivant hors réserve (85 %) et des enfants métis (87 %) de moins de six ans ont été déclarés être en excellente ou en très bonne santé par leur parent ou tuteur. Ces pourcentages sont inférieurs à celui de 90 % de l'ensemble des enfants canadiens dans cette catégorie d'état de santé. Ces résultats s'apparentent à ceux d'études antérieures indiquant des inégalités en matière de santé chez les enfants autochtones[4,8].

Les problèmes de santé chroniques les plus courants déclarés par les parents ou tuteurs des enfants métis et des Premières nations étaient l'asthme, les difficultés de la parole ou du langage, les allergies et l'intolérance au lactose. Ces résultats sont comparables à ceux de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations[3], selon laquelle les problèmes de santé chroniques les plus courants chez les enfants des Premières nations vivant dans les réserves sont l'asthme, les allergies et les infections de l'oreille chroniques. Dans la présente étude, la probabilité que ces problèmes de santé aient été diagnostiqués par un professionnel et traités varie considérablement, ce qui peut tenir à des différences en matière d'accès aux soins médicaux ou d'options de traitement[4,27].

Dans l'analyse multivariée, plusieurs déterminants sociaux comportaient un lien significatif avec une santé excellente ou très bonne chez les enfants métis et des Premières nations, à savoir le niveau de scolarité des parents, le nombre de personnes contribuant à élever l'enfant, le revenu du ménage, les déménagements et l'allaitement. En revanche, les différences provinciales en matière de prévalence de la santé excellente ou très bonne au niveau univarié sont disparues dans les modèles multivariés. Cela donne à penser que l'effet de la géographie était atténué par d'autres variables comprises dans les modèles ou corrélé avec elles.

Des associations significatives se sont dégagées entre la santé de l'enfant et les perceptions du parent ou tuteur de la collectivité. Même lorsque les autres facteurs familiaux et sociaux étaient pris en compte, la cote exprimant la possibilité que les enfants des Premières nations vivant hors réserve et les enfants métis soient déclarés être en excellente ou en très bonne santé était plus élevée si le parent ou tuteur percevait le logement comme étant excellent, très bon ou bon. En outre, la cote exprimant la possibilité d'une évaluation positive de la santé était significativement plus élevée pour les enfants dont le parent ou tuteur percevait les établissements de santé communautaires comme étant excellents, très bons ou bons plutôt que passables ou mauvais. Toutefois, comme les données sont autodéclarées, un biais dû aux réponses positives est possible, c'est-à-dire que les parents qui font une évaluation positive de l'état de santé de leurs enfants peuvent être également plus susceptibles d'évaluer de façon positive leur logement et leurs établissements de santé communautaires.

Limites et orientations futures

Malgré les nombreux points forts de la présente étude, notamment le grand échantillon représentatif d'enfants autochtones, il convient de souligner plusieurs limites. Les enfants des Premières nations vivant dans les réserves (43 % de l'ensemble des enfants des Premières nations) ont été exclus de l'EEA; par conséquent, les résultats ne peuvent être généralisés à l'échelle de cette population. En outre, les mesures étaient déclarées par les parents et transversales (prises à un point dans le temps). Des recherches longitudinales, s'appuyant peut-être sur plusieurs sources de données, sont nécessaires pour permettre de mieux comprendre la nature de la relation entre les conditions sociales, les comportements influant sur la santé et les résultats en matière de santé chez les enfants autochtones.

Cela étant dit, les évaluations du parent ou tuteur de l'état de santé général faites dans l'EEA sont probablement des mesures valides. Les analyses préliminaires ont révélé une association entre les problèmes de santé chroniques et l'état de santé général : les enfants ayant des problèmes de santé chroniques étaient plus susceptibles d'être déclarés en moins bonne santé par le parent ou tuteur que les enfants n'ayant pas ces problèmes de santé. Toutefois, les travaux à venir pourraient porter sur d'autres indices de la santé des enfants.

Enfin, il y a lieu de faire une mise en garde en ce qui concerne l'interprétation de la « santé ». Selon les perceptions du parent ou tuteur, l'évaluation de la santé de l'enfant peut comprendre ou ne pas comprendre la santé mentale. La définition ou l'interprétation des peuples autochtones de la santé générale peut être fondée sur une approche holistique qui englobe les aspects physiques, mentaux, émotionnels et spirituels[9,28,29]. Ainsi, les mesures de la santé des enfants dans la présente analyse ne saisissent peut-être pas tout ce qui, aux yeux des Premières nations ou des Métis, constitue la santé.

Conclusion

La présente étude fournit des preuves d'associations entre la santé des enfants autochtones et plusieurs déterminants sociaux de la santé, y compris le nombre de personnes qui élèvent l'enfant, l'allaitement, les conditions de logement et les perceptions à l'égard des établissements de santé communautaires. De futurs travaux de recherche permettraient d'examiner d'autres marqueurs et prédicteurs de la santé des enfants chez les Premières nations vivant hors réserve et les Métis. ■

Références

1. A. Guèvremont et D. Kohen, *La santé des enfants inuits : rapport utilisant la composante « jeunes et enfants » de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*, Ottawa, Ministre de l'Industrie, 2007.
2. UNICEF, *Canadian Supplement to The State of the World's Children 2009, Aboriginal Children's Health: Leaving No Child Behind*, Toronto, UNICEF Canada, 2009.
3. H.L. MacMillan, E. Jamieson, C. Walsh *et al.*, « The health of Canada's Aboriginal children: results from the First Nations and Inuit Regional Health Survey », *International Journal of Circumpolar Health*, 69(2), 2010, p. 158-167.
4. J. Smylie, *Indigeneous Children's Health Report: Health Assessment in Action*, Toronto, Keenan Research Centre, 2009.
5. A. Banerji, A. Bell, E. Mills *et al.*, « Lower respiratory tract infections in Inuit infants of Baffin Island », *Canadian Medical Association Journal*, 164, 2001, p. 1847-1850.
6. T. Galloway, T.K. Young et G.M. Egeland, « Emerging obesity among preschool-aged Canadian Inuit children: Results from the Nunavut Inuit Child Health Survey », *International Journal of Circumpolar Health*, 62(2), 2010, p. 151-157.
7. H.P. Lawrence, D. Binguis, J. Douglas *et al.*, « Oral health inequalities between young Aboriginal and non-Aboriginal children living in Ontario, Canada », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 37, 2009, p. 495-508.
8. J. Reading, *The Crisis of Chronic Disease among Aboriginal Peoples: A Challenge for Public Health, Population Health and Social Policy*, Victoria, British Columbia, University of Victoria, Centre for Aboriginal Health Research, 2009.
9. M. King, A. Smith et K. Gray-Donald, « Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap », *Lancet*, 374, 2009, p. 76-85.
10. M. Dion Stout et N. Jodoin, *Aboriginal Children's Health Research Agenda Project*, Ottawa, Minister of Health, 2006.
11. L. Bulkow, R. Singleton, R. Karron *et al.*, « Risk factors for severe respiratory syncytial virus infection among Alaska Native children », *Pediatrics*, 109(2), 2002, p. 210-216.
12. T. Kovesi, N. Gilbert, C. Stocco *et al.*, « Indoor air quality and the risk of lower respiratory tract infections in young Canadian Inuit children », *Canadian Medical Association Journal*, 177(2), 2007, p. 155-160.
13. Z. Gao, B. Rowe, C. Majaesic *et al.*, « Prevalence of asthma and risk factors for asthma-like symptoms in Aboriginal and non-Aboriginal children in the northern territories of Canada », *Canadian Respiratory Journal*, 15(3), 2008, p. 139-145.
14. K.S. Panaretto, V.E. Smallwood, P. Cole *et al.*, « Sudden infant death syndrome risk factors in north Queensland: A survey of infant-care practices in Indigenous and non-Indigenous women », *Journal of Paediatric Child Health*, 38, 2002, p. 129-134.
15. G.M. Egeland, L. Williamson-Bathory, L. Johnson-Down et I. Sobol, « Traditional food and monetary access to market-food: Correlates of food Insecurity among Inuit preschoolers », *International Journal of Circumpolar Health*, (sous presse).
16. J.R. Dunn, M.V. Hayes, J.D. Hulchanski *et al.*, « Housing as a socio-economic determinant of health: Findings of a national needs, gaps, and opportunities assessment », *Canadian Journal of Public Health*, 97, 2006, p. S11-5-S12-7.
17. R. Bailie, M. Stevens, E. McDonalds *et al.*, « Exploring cross-sectional associations between common childhood illness, housing, and social conditions in remote Australian Aboriginal communities », *BMC Pediatrics*, 10, 2010, p. 147.
18. L.T. Vu et N. Muhajarine, « Neighborhood effects on hospitalization in early childhood », *Canadian Journal of Public Health*, 101, 2010, p. 119-123.
19. K. Wilson et M.W. Rosenberg, « Exploring the determinants of health for First Nations peoples in Canada: can existing frameworks accommodate traditional activities? », *Social Science and Medicine*, 55, 2002, p. 2017-2031.
20. D.E. Kohen, J.C. Brehaut, R.E. Garner *et al.*, « Conceptualizing childhood health problems using survey data: A comparison of key indicators », *BMC Pediatrics*, 7, 2007, p. 40.
21. World Health Organization, *Health Interview Surveys: Towards International Harmonization Methods and Instruments*, WHO Regional Publications, European Series, No. 58, Geneva, World Health Organization, 1996.
22. Statistique Canada, *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006* (nº 97-558-XIF au catalogue), Ottawa, Ministre de l'Industrie, 2008.
23. Statistique Canada, *L'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 : Guide des concepts et méthodes* (nº 89-637-X au catalogue – nº 003), Ottawa, Ministre de l'Industrie, 2008.
24. V. O'Donnell, « Divers résultats de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006 : famille et collectivité », *Tendances sociales canadiennes*, 86, 2008, p. 68-76.

25. M. Shields et S. Shooshtari, « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, 13(1), 2001, p. 39-63.

26. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.

27. E.J. Crighton, K. Wilson et S. Senécal, « The relationship between socio-economic and geographic factors and asthma among Canada's Aboriginal populations », *International Journal of Circumpolar Health*, 69(2), 2010, p. 138-150.

28. M. Anderson, J. Smylie, I. Anderson *et al.*, *First Nations, Métis, and Inuit Health Indicators in Canada: A Background Paper for the Project "Action-oriented indicators of health and healthy systems development for indigenous peoples in Australia, Canada, and New Zealand"*, Saskatoon, Saskatchewan, Indigenous Peoples' Health Research Centre, 2006.

29. A. Poonwassie et A. Charter, « An Aboriginal worldview of helping: Empowering approaches », *Canadian Journal of Counselling*, 35, 2001, p. 63-73.

Annexe

Tableau A
Prévalence des problèmes de santé chroniques, du diagnostic et du traitement, selon l'identité autochtone, population à domicile de moins de 6 ans, Canada, 2006

	Premières nations vivant hors réserve			Métis		
	%	De ceux ayant déclaré le problème, % ayant reçu un diagnostic	De ceux ayant reçu un diagnostic, % ayant reçu un traitement	%	De ceux ayant déclaré le problème, % ayant reçu un diagnostic	De ceux ayant reçu un diagnostic, % ayant reçu un traitement
Asthme	10,4	94,6	96,2	9,7	95,9	96,6
Difficultés de la parole / du langage	10,2	75,8	82,2	9,3	74,7	81,2
Intolérance au lactose	7,4	69,9	57,0	5,6	71,8	52,5
Allergies alimentaires/digestives	3,8	74,0	67,6	3,9	73,4	62,0
Allergies respiratoires	3,1	83,5	90,0	4,0	79,6	93,2
Autres allergies	3,6	79,5	46,0	4,7	86,9	43,0
Déficience visuelle	2,5	93,9	88,1	2,6	97,0	85,3
Déficience auditive	2,0	87,6	79,2	1,6	85,3	88,8
Déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité	1,9	62,0	51,4	1,5	61,9	67,9
Syndrome d'alcoolisation fœtale / ETCAF	1,8	72,3	52,9	0,7[†]	79,1	x
Maladie du cœur	1,7	93,7	36,8	2,1	99,3	45,6
Anémie	1,7	93,9	97,2	1,4	93,5	91,1
Bronchite chronique	1,6	89,5	92,5	1,5	79,7	100,0
Anxiété ou dépression	1,2	35,2[†]	66,8	1,0[†]	47,9[†]	56,0[†]
Maladie du rein	0,7[†]	94,5	81,4	0,6[†]	100,0	68,0
Épilepsie	0,5[†]	93,0	89,5	0,4[†]	93,5	100,0
Autisme	0,3[†]	100,0	x	0,5[†]	94,6	x
Paralysie cérébrale	0,3[†]	100,0	100,0	x	x	x
Hypoglycémie ou faible taux de glucose sanguin	0,3[†]	100,0	x	0,5[†]	74,5	x
Tuberculose	0,1[†]	x	x	x	x	x
Diabète	x	x	x	x	x	x
Syndrome de Down	x	x	x	x	x	x
Spina-bifida	x	x	x	x	x	x

[†] à utiliser avec prudence
x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
Source : Enquête sur les enfants autochtones, 2006.